

## **0. Einleitung**

Die vorliegende Arbeit liegt dem Thema „Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit alten desorientierten Menschen“ zugrunde.

Da die Lebenserwartung in Deutschland zunimmt, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken und im Alter desorientiert zu werden. Somit wird ein professioneller Umgang mit Hochaltrigen ein alltäglicher Prozess werden. Ein Umdenken soll angeregt werden, weshalb sich diese Arbeit mit dem oben benannten Thema auseinandersetzt.

Das eigene Interesse für dieses Thema entstand durch verschiedene Seminare während des Bachelor-Studiums der Sozialen Arbeit. Ein Seminar, im Beisein von Validationsanwenderin Naomi Feil, festigte dieses Interesse. Auch persönliche Demenzerkrankungen in der Familie waren eine Motivation, diese Problematik zur Ansprache und der Gesellschaft näher bringen zu wollen. Des weiteren bin ich der Meinung, dass Soziale Arbeit in der Altenarbeit noch keine Verortung gefunden hat. Auch die Methode der Validation wird in der Praxis der Sozialen Arbeit nur bedingt umgesetzt.

Wie bereits erwähnt, steigt die Alterswahrscheinlichkeit in Deutschland. Seit den 1980er Jahren ist das Phänomen, dass mehr Menschen sterben anstatt geboren werden, zu beobachten. Somit steigt die Anzahl der Hochaltrigen im Vergleich zu Jüngeren innerhalb Deutschlands. Sind im Jahr 2014 868.373 Menschen gestorben, gab es nur 714.966 Lebendgeborene (vgl. DESTATIS 2015). Auch das durchschnittliche Sterbealter hat sich in den letzten Jahren bei Männern um 2,3 Jahre, bei Frauen um ein Jahr erhöht (vgl. ebd.). Dennoch haben Frauen nach wie vor eine höhere Lebenserwartung. Derzeit liegt die Lebenserwartung (Stand 2013) bei Frauen bei 81,4 Jahren und 74,5 Jahren bei Männern (vgl. ebd.).

Der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren innerhalb der Gesamtbevölkerung in Deutschland beträgt 21% (Stand 01. Januar 2011). Dies entspricht ca. 17 Millionen Menschen. 57% sind Frauen, 43% sind

Männer. Diese genannten Zahlen sind auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen. Über den Zeitraum von 1990-2009 stieg die Anzahl der Menschen ab 65 Jahren um fünf Millionen. In manchen Bundesländern, dazu zählen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, stieg die Anzahl der älteren Menschen um 70 bis 80 Prozent (vgl. DESTATIS 2015).

Anhand von Statistiken, welche den Bevölkerungswachstum der nächsten 55 Jahre berechnen, ist zu beobachten, dass die Anzahl der älteren Menschen innerhalb Deutschlands stetig zunimmt. So wächst der Anteil bis 2060 um 13%, d.h. von derzeit 17 Millionen auf 23 Millionen. Der Anteil der Menschen ab 85 Jahren wächst um sieben Prozent, auf ca. fünfeinhalb Millionen hochaltrige Menschen (vgl. ebd.).

Den aufgezeigten Zahlen ist zu entnehmen, dass Deutschland immer älter werden wird und somit werden Themen, welche derzeit noch keinen Bestandteil im Alltag haben, immer wichtiger. Demenz als Menschenbild und Validation als Kommunikationstechnik werden aktueller und Gebrauchsgegenstand des Lebens Einzelner. Denn „je älter ein Mensch wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung (BMFSFJ 2015).“

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft beschreibt derzeit eine Anzahl von eineinhalb Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung, wobei zwei Drittel an der Alzheimer-Demenz erkrankt sind. Da jedes Jahr ca. 300.000 Neuerkrankungen auftreten und es mehr Neuerkrankungen als Sterbefälle unter den Demenzerkrankten gibt, wird auch diese Zahl stetig steigen. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geht im Jahr 2050 von etwa drei Millionen Menschen mit Demenz aus. Das ist einer Steigerung von 100 Prozent in den nächsten 45 Jahren. Diese Zahlen sind auf die demografische Entwicklung innerhalb der BRD zurückzuführen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2015).

Um diese Entwicklung zu untermalen, wird sich diese Bachelorarbeit im ersten Teil mit der Demenzerkrankung auseinandersetzen. Da es verschiedene Unterformen von Demenz gibt, wird der Fokus auf der Demenzerkrankung allgemein sowie der häufigsten Demenzform, der

Alzheimer-Demenz liegen. Es soll auf Definitionen und Entwicklungen innerhalb der Forschung zum Thema Demenz eingegangen werden.

Im weiteren Verlauf möchte ich die Methode der Validation nach Naomi Feil sowie Nicole Richard, als Weiterentwicklung der Validation nach Feil, beschreiben und verdeutlichen, wie diese Methode in der Sozialen Arbeit Anwendung finden kann und welche Bedeutung Validation als Methode im Umgang mit alten desorientierten Menschen für die Soziale Arbeit hat. Die Kommunikationsmethode der Mäeutik soll als weitere Methode im Umgang mit alten desorientierten Menschen aufgezeigt werden.

Gleichzeitig möchte verdeutlichen, welchen Stellenwert Soziale Arbeit in der Altenarbeit erhalten kann.

Im letzten Teil dieser Bachelorarbeit beschreibe ich, welche Perspektiven die Methode der Validation im Zusammenhang mit der Erkrankung Demenz in der Sozialen Arbeit hat.

Mit dieser Arbeit möchte ich das Thema Demenz enttabuisieren und die Gesellschaft sensibilisieren sowie die Soziale Arbeit in der Altenarbeit verorten. Ich möchte die Methode der Validation näher bringen und Impulse liefern. Gleichzeitig verfolge ich das Ziel, Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit aufzeigen. Zudem möchte ich zu Diskursen anregen und in der Sozialen Arbeit zur Partizipation auffordern.

Ich wünsche viel Spaß dem Lesen!

## **1. Definitionen**

### **1.1. Demenz**

Der Begriff Demenz stammt vom lateinischen Wort „dementia“ ab und bedeutet wörtlich übersetzt „ohne Verstand/ Geist.“ Der vierte Altenbericht der Bundeszentrale für Familie, Senioren, Frauen und Jugend enthält folgende Definition von Demenz: „Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen bezeichnet, der meist nach mehrjährigen Verlauf in geistigen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum Tode führt.“ (BMFSFJ 2002, S.164)

In der vorliegenden Arbeit wird Demenz als ein unaufhaltsamer Zustand der Verwirrtheit sowie Desorientiertheit dargestellt, welcher zum Tod führt.

### **1.2. Hochaltrigkeit**

Der Begriff Hochaltrigkeit wird auch als „viertes Lebensalter“ bezeichnet. Hochaltrige sind die „alten Alten“ der Gesellschaft. In verschiedensten Publikationen wird eine Altersgrenze von 80 bis 90 Jahren und älter gesetzt. Im vierten Altenbericht setzt man eine Definition von 80 bis 85 Jahren als Beginn von Hochaltrigkeit (vgl. BMFSFJ 2002, S. 54). Durch die stetige demografische Veränderung handelt es sich dabei um eine vorläufige Definition. Im vierten Altenbericht wird auch deutlich gemacht, „dass die hohe interindividuelle Unterschiedlichkeit zwischen älter werdenden Menschen alle chronologisch basierten Altersgrenzen fragwürdig macht“ (ebd., S.54). Dieses Zitat zeigt auf, dass keine konkrete Altersgrenze festzustellen ist, jedoch die Wahrscheinlichkeit an verschiedenen Erscheinungen zu leiden, mit höher werdendem Alter zunimmt. So nimmt auch die Wahrscheinlichkeit zu, an Demenz zu erkranken.

In dieser Arbeit werden Menschen als hochaltrig bezeichnet, die das 80. Lebensjahr überschritten haben.

## **2. Demenz**

In diesem Teil werde ich auf die Erkrankung Demenz und auf die Unterform Alzheimer-Demenz eingehen. Des Weiteren möchte ich professionelle, medikamentenfreie Methoden im Umgang mit demenzerkrankten Menschen sowie medikamentöse Therapien aufzeigen.

Wie bereits im Kapitel Definitionen beschrieben, handelt es sich bei Demenz um eine Erkrankung, welche einen Verlust der Gedächtnisleistung sowie kognitiven Fähigkeiten mit sich führt. Demenz ist ein schleichender Prozess und führt letztendlich zum Tod der Erkrankten (vgl. Kastner, U.; Löbach, R. 2014, S. 9). Das Demenzsyndrom weist verschiedene Merkmale auf. Dazu zählen die Störung der kognitiven Leistung im Vergleich zur Altersnorm, Absinken des individuellen Leistungsniveaus sowie Beeinträchtigung des Alltags. Damit es sich um eine Demenz handelt, müssen die genannten Merkmale mindestens sechs Monate auftreten (vgl. ebd.). Die Demenz-Erkrankung unterscheidet sich in primäre und sekundäre Demenzformen. Zu den primären Demenzformen zählen z.B. die Alzheimer-Krankheit, die vaskuläre Demenz sowie die Lewy-Körperchen-Demenz u.v.m. Zu den sekundären Demenzformen zählen unter anderem das Schädel-Hirn-Trauma sowie Demenz durch Infektionen oder Tumore. Der Unterschied zwischen diesen Demenzformen besteht darin, dass primäre Demenzformen durch Veränderungen im Gehirn zu begründen sind, wobei sekundäre Demenzformen durch andere Krankheitsbilder oder durch Ursachen außerhalb des Gehirns hervorgerufen werden (ebd.).

Durch verschiedene Risiken steigt die Wahrscheinlichkeit an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken. Der größte Risikofaktor ist das Alter, denn „je älter ein Mensch wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung“ (BMFSFJ 2015). Zu den weiteren Risiken zählen „leichte, kognitive Störungen, Vorerkrankungen in der Familie, genetische Ursachen, Rauchen, Alkoholkonsum,...“ uvm (Kastner U.; Löbach, R. 2014, S.86).

## **2.1. Die Alzheimer-Demenz**

Die Alzheimer-Demenz wurde 1906 erstmals von Alois Alzheimer (1864 - 1915) beschrieben. Alzheimer erforschte die Erscheinungen im Gehirn seiner Patientin Auguste D. Dabei beobachtete Alzheimer die Bildung der sogenannten Plaques im Gehirn seiner Patientin.

In Deutschland leben derzeit eineinhalb Millionen Menschen mit Demenz, wobei zwei Drittel der Betroffenen an der Alzheimer-Demenz leiden. Damit ist die Alzheimer-Demenz die meist auftretende Demenzform in Deutschland. Diese Zahl wird sich laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in den kommenden 45 Jahren verdoppeln, da pro Jahr ca. 300.000 Neuerkrankungen dokumentiert werden. An der Alzheimer-Demenz leiden mehr Frauen als Männer, was zum größten Teil auf die höhere Lebenswahrscheinlichkeit von Frauen zurückzuführen ist (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014, S.1).

Die Ursache einer Alzheimer-Demenz ist nicht bekannt. Jedoch ist bereits erforscht, dass im Krankheitsverlauf „Eiweißablagerungen an den Nervenzellen im Gehirn, sog. amyloide Plaques“ auftreten (Kastner, U.; Löbach, R. 2014, S. 36). Die Krankheit beginnt in einem Teil des Gehirns und breitet sich mit zunehmender Erkrankung über das gesamte Gehirn aus. Alzheimer-Demenz ist zudem die einzige Demenzform, welche durch eine Computertomografie (CT) erkannt werden kann. Man unterscheidet in eine frühe Alzheimer-Demenz, welche vor dem 65. Lebensjahr auftritt und eine späte Alzheimer-Demenz mit einem Beginn nach dem 65. Lebensjahr. Der Verlauf einer frühen Alzheimer-Demenz ist kritischer als bei einer späten Alzheimer-Demenz mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von fünf bis acht Jahren (vgl. ebd.). Wie bereits erwähnt, ist jedoch das Alter der größte Risikofaktor, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken. Die Alzheimer-Demenz kennzeichnet sich mit einem langsamen und schleichenden Krankheitsverlauf. Dieser beginnt mit einer Merkfähigkeits- und Wortfindungsstörung. Im Verlauf der Krankheit kommen Verhaltensstörungen sowie psychische Veränderungen hinzu. Es können auch körperliche Erscheinungen auftreten, z.B. Gangstörungen und/oder Bettlägerigkeit (vgl. ebd.).

Alzheimer-Demenz kann in drei Schweregrade eingeteilt werden. Dabei unterscheidet man zwischen einer leichten, mittelschweren und schweren Demenz. Bei dem leichten Schweregrad der Demenz ist der Erkrankte in den meisten Aufgaben noch selbstständig und braucht bloß bedingt Unterstützung. Beim mittelschweren Schweregrad wird der Hilfebedarf bei alltäglichen Aufgaben größer und die Orientierungslosigkeit in vertrauten Räumlichkeiten nimmt zu. Bei einer schweren Demenzform ist ein ständiger Bedarf notwendig und der Demenzerkrankte kann sich in „seine Welt“ zurückziehen (vgl. Kurz, A.; Freter, H.-P.; Saxl, S.; Nickel, E. 2015, S. 19).

## **2.2. Medikamentenfreie Methoden im Umgang mit alten desorientierten Menschen**

Anhand der bereits aufgezeigten Veränderungen der Alterswahrscheinlichkeit bzw. dem steigenden Lebensalter ist zu erkennen, dass die Gesellschaft innerhalb Deutschlands immer älter wird. Somit steigt stetig die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Dadurch wird das Demenzsyndrom nicht mehr nur eine Erscheinung in der Pflege und Sozialen Arbeit sein, sondern auch im alltäglichen Umgang mit alten desorientierten Menschen. Daher möchte ich nun auf medikamentenfreie, professionelle Methoden im Umgang mit demenzerkrankten Menschen eingehen und diese näher erläutern.

Alle Methoden im Umgang mit alten desorientierten Menschen haben die Ziele, das Fortschreiten der Erkrankungen zu verzögern und die Lebensqualität des Demenzerkrankten zu erhalten bzw. zu erhöhen. In verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege finden solche Methoden bereits Anwendung – jedoch noch nicht in allen. Auch aus diesem Grund gehe ich in diesem Kapitel auf einige Methoden ein.

Als Abschluss dieses Kapitels schaue ich kritisch über die benannten Methoden und ziehe ein persönliches Fazit.

### **2.2.1. Erinnerungsarbeit**

Bei der Methode Erinnerungsarbeit handelt es sich um einen aktivierenden Ansatz, welcher „das Erinnern angenehmer vergangener Lebensereignisse oder Gefühle fokussiert“ (Gutzmann, H.; Zank, S. 2005, S. 131). Um diese Methode anzuwenden, ist es von Bedarf, die Lebensgeschichte des Einzelnen zu kennen. Gleichzeitig sollte darauf geachtet werden, dass sich die Lebensgeschichte der Person wie ein roter Faden durch die Arbeit zieht (vgl. ebd.). Ziel dieser Methode ist eine „Stärkung des Selbstvertrauens durch eine positive Bilanzierung des eigenen Lebens und die Stützung des Identitätslebens. Es sollen also die positiven Erlebnisse in Erinnerung gerufen werden [...] (ebd., S. 131). Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass negative Erinnerungen hervorgerufen werden, Das kann zu verschiedenen Schwierigkeiten führen, z.B. einer Retraumatisierung des Demenzerkrankten (vgl. Kastner, U.; Löbach, R. 2014, S. 74). Um dies zu vermeiden, sollte während der Methodendurchführung darauf geachtet werden, dass nur angesprochene Themen des Klienten Inhalt sind (vgl. ebd.). Durch den Einsatz von Erinnerungsarbeit wird dem Demenzpatienten „eine Stimulation des Altersgedächtnis durch die Wiederbelebung individuell bedeutsamer biografischer Ereignisse“ ermöglicht (Gutzmann, H.; Zank, S. 2005, S.131). Laut Naomi Feil ist die Methode Erinnerungsarbeit nur mit demenzerkrankten Menschen möglich, welche sich im Anfangsstadium dieses Syndroms befinden d.h. zeitlich orientiert sind und einen Bezug zur Gegenwart herstellen können. Sie bezeichnet es als eine „wertvolle Hilfe bei der Aufarbeitung von alten Problemen und [...] Selbstwertgefühle wieder aufzubauen (vgl. Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 147).

### **2.2.2. Realitäts-Orientierungs-Training**

Die Methode des Realitäts-Orientierungs-Trainings (ROT) wurde 1964 von James Folsom entwickelt. Er arbeitete als Psychiater mit Veteranen, welche an „Persönlichkeitsspaltung und sich verminderter Denkleistung litten“ (Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 148). Sein Ziel war es „den Zustand seiner Klienten soweit wieder herzustellen, dass sie ihr Leben in der Gesellschaft wieder aufnehmen konnten.“ (ebd., S. 148). Somit basiert



die Methode auf den Annahmen, dass „1. Verwirrtheit verhindert werden kann, 2. eine Therapie so früh wie möglich einsetzen sollte und 3. sich Menschen besser fühlen, wenn sie sich der gegenwärtigen Zeit und des gegenwärtigen Ortes bewusst sind“ (ebd., S.148). Da Menschen den Bezug zur Realität mit zunehmender Demenz immer mehr verlieren, sind die Ziele der ROT eine „Orientierung hinsichtlich der Personen, die den Erkrankten umgeben [...], zeitliche Orientierung (Tageszeit, Jahreszeit) [...] und örtliche Orientierung (Haus, Wohnung, Stadtteil) [...]“ (Volkshilfe Demenzhilfe 2015). Um die genannten Ziele umzusetzen, ist es bei dem ROT wichtig, diese Methode dauerhaft und zu jeder sich anbietenden Möglichkeit umzusetzen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass immer wieder „Realitäts-Anker“ für den Betroffenen gesetzt werden (vgl. Faust, V. 1999). Wie bereits bei der Methode Erinnerungsarbeit kann das ROT nur mit zeitlich orientierten Menschen durchgeführt werden. Diese sind noch in der Lage einen Realitätsbezug herzustellen (vgl. Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 149).

### **2.2.3. Selbst-Erhaltungs-Therapie**

Die Methode der Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) wurde von der Neuropsychologin Dr. Barbara Romero entwickelt. Das oberste Ziel dieser Methode ist der Erhalt des eigenen Selbst des Demenzerkrankten (vgl. Kastner, U.; Löbach, R. 2014, S. 72). Zu den weiteren Zielen zählen „vermeidbare Veränderungen vermeiden, Erlebnisarmut vermeiden und Zuversicht der Bezugsperson bewahren“ (ebd.). Um diese Therapie zu unterstützen, kann aus persönlichem Material eine „Erinnerungsmappe“ angefertigt werden. Diese kann Videos, Bilder uvm. beinhalten. Ein weiterer zentraler Ansatz der SET ist die Entlastung von Angehörigen (vgl. ebd.).

### **2.2.4. Basale Stimulation**

„Basale Stimulation ist ein pädagogisch/therapeutisches und pflegerisches Konzept. Es unterstützt die ganzheitliche, körperbezogene Kommunikation schwer beeinträchtigter Menschen und fördert ihre Wahrnehmungs-, Kommunikations-, und Bewegungsfähigkeiten“ (Mohr, L. 2015, S. 1).

Das Konzept der basalen Stimulation wurde von Professor Dr. Andreas Fröhlich als pädagogisches Konzept entwickelt. Basale Stimulation ist nicht nur eine Methode, welche bei Demenzerkrankten eingesetzt werden kann, sondern auch bei Krankheitsbildern, bei denen die eigene Körperwahrnehmung eingeschränkt ist (vgl. Rannegger, J. 2007).

Ziel der Methode der basalen Stimulation ist eine eigene, bewusste Körperwahrnehmung. Durch diese bewusste Körperwahrnehmung bekommt man „einen Zugang zu dem Mitmenschen und dessen Umwelt“ (Mohr, L. 2015). Wie bei der Methode der Validation muss der Patient als Person anerkannt und ernst genommen werden. Wendet man basale Stimulation an, müssen die Bedürfnisse, die Lebenserfahrungen und die Ziele des Patienten Beachtung finden (vgl. ebd.).

Elemente des Konzeptes der basalen Stimulation sind somatische, vestibuläre und vibratorische Stimulationen. Unter somatischer Stimulation versteht man Waschungen und Körperberührungen. Vestibuläre Stimulationen sind z.B. Übungen zur Förderung des Gleichgewichtssystems. Vibratorische Stimulationen sind Übungen, welche die Aufmerksamkeit des Patienten erlangen oder Beruhigung vermitteln sollen (vgl. Rannegger, J. 2007).

Abschließend kann man basale Stimulation wie folgt definieren: „Unter basaler Stimulation versteht man die Anregung basaler Sinne, z.B. durch Aktivierung des Gleichgewichtssinnes, durch Körperkontakt oder durch Vibrationsreize. Dieser Ansatz kommt besonders dann zum Tragen, wenn eine Kontaktaufnahme durch Sprache nicht mehr möglich ist“ (Universitätsklinikum Freiburg und Hamburg 2011, S. 3).

#### **2.2.5. Kritische Betrachtung**

In den aufgezeigten Methoden wird immer wieder deutlich gemacht, dass diese nur mit demenzerkrankten Menschen bis zu einem gewissen Stadium der Erkrankung durchgeführt werden können, um den Krankheitsverlauf zu entschleunigen und die Lebensqualität zu fördern bzw. zu verbessern. Nur bei der Methode der SET ist es in Publikationen nicht hinterlegt, bis zu welchem Stadium der Demenz die Methode

angewendet werden kann. Die Methode der Basalen Stimulation ist eine der wenigen Methoden, die bis in die vierte Phase (siehe Kapitel 3) einer Demenzerkrankung angewandt werden kann. Dadurch wird auch deutlich gemacht, dass viele medikamentenfreie Methoden bei Demenzerkrankten mit zunehmender Demenz keine Anwendung mehr finden können. Daraus lässt sich schließen, dass die Demenzerkrankung in den zeitverwirrten Phasen ausschließlich mit medikamentösen Therapien und Methoden behandelt werden. Doch dabei bleibt der Mensch „auf der Strecke.“ Der Fokus dieser Therapie liegt auf dem Behandeln der Erkrankung und nicht mehr auf den Bedürfnissen des Menschen.

Erinnerungsarbeit ist für Arbeit mit Menschen mit Demenz eine wichtige Methode. Denn durch diese Arbeit erfährt der Pflegende die Lebensgeschichte des Betroffenen und kann damit gezielt arbeiten. Gleichzeitig ermöglicht es den demenzerkrankten Menschen, sich an prägende Ereignisse seines Lebens zu erinnern. Diese können sowohl positiv wie negativ sein. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass die Methode positiv verläuft und der Hochaltrige nicht in eine Retraumatisierung fällt (vgl. Mohr, L. 2015).

Die Methode der SET sehe ich persönlich etwas zwiespältig. Auf der einen Seite kann sie dazu führen, dass der an Demenz leidende Mensch einen „klaren Moment“ erhält. Jedoch ist es auch möglich, dass in der Welt des Betroffenen ein Chaos entsteht. Denn demenzkranke Menschen stimulieren sich durch die Verschiebung von Gegenwart und Vergangenheit und schaffen sich Lebensqualität. Somit ist die Methode der SET nur von Nutzen, wenn diese der Lebensqualität des Menschen dient oder diese sogar erhöhen kann (vgl. Kastner, U., Löbach, R. 2014, S. 72).

Die Methode der Basalen Stimulation finde ich unter den aufgezeigten Methoden die Wertvollste. Denn diese Methode kann in allen Stadien der Demenzerkrankung angewendet werden. Basale Stimulation ist eine geeignete Ergänzung zum täglichen Pflege- und Betreuungsprozess. Einige der benannten Stimulationen finden bereits, z.B. während des Waschens, unbewusst Anwendung.

### **2.3. Medikamentöse Therapien bei Alzheimer-Demenz**

Wie bereits beschrieben, finden in der Behandlung einer Demenzerkrankung viele nichtmedikamentöse Methoden Anwendung. Doch neben diesen Behandlungen, gibt es meist noch eine medikamentöse Behandlung. Dabei werden auf Antidementiva zurückgegriffen. Antidementiva sind Medikamente, welche den Prozess der Demenzerkrankung um maximal neun bis zwölf Monate verzögern. Danach fällt der demenzerkrankte Mensch auf das Ausgangsniveau vor der Medikamentenbehandlung zurück. Trotz des Nachlassens der Wirkung von Antidementiva, wird das Medikament oftmals während der gesamten Erkrankung verabreicht, um keinen schnelleren Krankheitsverlauf zu verursachen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 1).

Bei Verhaltensänderungen bzw. psychischen Störungen kommen Medikamente der Gruppen Antipsychotika, Antidepressiva oder Anxiolytika zum Einsatz. Kastner und Löbach beschreiben, dass diese Medikamente nur zum Einsatz kommen würden, „sobald nichtmedikamentöse Maßnahmen nicht zielführend waren oder eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung befürchtet werden muss (Kastner, U., Löbach, R. 2014, S.79). Doch laut der aktuellen Verschreibungssituation „erhalten nur zehn bis zwanzig Prozent der demenzerkrankten Menschen Antidementiva [...]. Die größte Verschreibungsgruppe sind weiterhin [...] Antipsychotika“ (ebd.).

#### **2.3.2. Kritische Betrachtung**

Meiner Meinung nach sind die Medikamente der Gruppe Antidementiva eine zusätzliche Möglichkeit, den Krankheitsverlauf der Demenz zu verzögern. Jedoch ist deren Wirkung begrenzt und kann bloß über eine gewisse Zeit eine Verbesserung der Situation hervorrufen. Weitere Medikamente, wie Antidepressiva, finden nur Einsatz um verschiedene Symptome zu behandeln. Dabei finden die persönlichen Bedürfnisse des Demenzerkrankten jedoch keine Beachtung. Solche Medikamente sollten nur im äußersten Fall eine Anwendung finden und nicht um eine

demenzerkrankte Person „ruhig zu stellen“ oder die Symptome der Krankheit zu verdecken.

Auf der einen Seite werden Medikamente bei einer Demenzerkrankung Bestandteil bleiben. Auf der anderen Seite sollte immer der demenzerkrankte Mensch Beachtung finden und dessen Bedürfnisse einen großen Anteil in der Therapie darstellen. Eine „gute Mischung“ aus medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlung sowie einer liebevollen Betreuung durch Angehörige oder Pflegepersonal sind, meiner Meinung nach, ein guter Schlüssel, dem Menschen mit Demenz eine schöne Zeit zu bereiten.

Da die meisten der benannten nichtmedikamentösen Methoden, wie bereits erwähnt, nur mit demenzerkrankten Menschen in einem zeitorientierten Stadium angewendet werden können, möchte ich im nächsten Kapitel dieser Arbeit auf die Methode der Validation nach Naomi Feil sowie Nicole Richards eingehen. Diese Methode dient den Betroffenen in allen Stadien der Demenz.

### **3. Die Kommunikationsmethode Validation nach Feil und Richard**

#### **3.1. Validation nach Naomi Feil**

Naomi Feil ist eine amerikanische Sozialarbeiterin mit deutschen Wurzeln. Sie wuchs in einem Altenheim in Cleveland auf. Feil spezialisierte sich während ihrer Zeit des Studiums an der Columbia University auf die Gruppenarbeit mit alten Menschen. Ihre Methode der Validation fand erstmals 1967 Erwähnung. Sie entwickelte diese an der Case Western Reserve University in Cleveland. Feil wendet diese Methode seit Jahrzehnten an und gibt weltweit Workshops zum Thema Validation. Auch ich hatte schon die Ehre, an so einem Workshop teilzunehmen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, die Methode der Validation in vier Ausbildungsstufen zu erlernen (vgl. Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2010, S.273 ff.).

Feil beschreibt Validation als „eine Methode der Kommunikation mit sehr alten Menschen, die an der Alzheimer-Krankheit oder einer anderen Form von Demenz leiden“ (Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S.53). Feil unterteilt das Leben jedes Einzelnen in „Abschnitte der Lebensentwicklung“ (ebd., S.32) und damit verbundenen Lebensaufgaben. Dabei orientiert sie sich an der Lebensaltereinteilung von Erik Erikson (1902-1994). Feil fügt jedoch noch ein weiteres Lebensalter dazu, das sehr hohe Alter. Die anderen Lebensalter sind das Säuglingsalter, die Kindheit, das Spielalter, die Schule, die Adoleszenz, das frühe Erwachsenenalter, das mittlere Alter und das Alter (vgl. ebd., S.32 ff). Das sehr hohe Alter bezeichnet Feil auch als Aufarbeitungsphase. Feil ist der Ansicht, dass altersverwirrte Menschen versuchen, „eine unbewältigte oder gescheiterte Lebensaufgabe zu lösen, um in Frieden sterben zu können“ (ebd., S. 56). Ist es dem Hochaltrigen nicht möglich diese Aufgabe zu bewältigen, so fällt dieser in die Phase des Vegetierens (vgl. ebd.).

##### **3.1.1. Die vier Phasen der Aufarbeitung**

Die Phasen der Aufarbeitung sind in vier Phasen unterteilt. Jede Phase hat ihre eigenen Merkmale. Die erste Phase ist die mangelhafte Orientierung und zeichnet sich durch kognitive Veränderungen aus. Dazu

zählen Gedächtnisstörungen und Wortfindungsstörungen. Zusätzlich kommt eine Orientierungsstörung in unbekannter Umgebung dazu (vgl. Kastner, U., Löbach, R. 2014, S. 10). Feil beschreibt, dass der mangelhaft orientierte Mensch zwischen klaren Momenten und der Orientierungslosigkeit schwankt. Dennoch befindet sich dieser ständig in einer gewissen Form der Aufarbeitungsphase (vgl. Feil, N, de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 57). Die zweite Aufarbeitungsphase ist die Phase der Zeitverwirrtheit. Sie kennzeichnet sich durch Verschlechterung der Symptome der ersten Phase. Dazu kommen noch verschiedenste körperliche Symptome wie z.B. eine Gangstörung oder Schluckstörung (vgl. Kastner, U., Löbach, R. 2014, S. 19). Die dritte Aufarbeitungsphase ist die Phase der sich wiederholenden Bewegungen. Diese kennzeichnet sich dadurch, dass der Betroffene meist keinen Bezug mehr zur Gegenwart herstellen kann. Er lebt in seiner eigenen Zeit und ist auf pflegerische Hilfe angewiesen. Anhand der sich wiederholenden Bewegungen drückt er seine Gefühle und Bedürfnisse aus (vgl. Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S.55). Die letzte Aufarbeitungsphase ist die Phase des Vegetierens. In diese Phase fallen Demenzkranke nur, wenn sie in den vorhergehenden Phasen die unerfüllte Lebensaufgabe nicht bewältigen konnten. In der Phase des Vegetierens nimmt der Mensch mit Demenz keinen Kontakt mehr zu Gegenwart auf. Er versinkt in seiner eigenen Welt (vgl. ebd.). Eine genaue Beschreibung der vier Aufarbeitungsphasen befindet sich im Anhang (siehe Anhang).

### **3.1.2. Die Techniken der Validation**

Feil erklärt anhand von vierzehn Techniken einen professionellen Umgang mit Menschen mit Demenz. Diese werde ich aufgrund des Umfanges dieser Arbeit nur kurz aufzeigen, jedoch nicht erläutern.

- Zentrieren
- Verwendung von eindeutigen, nichtwertenden Worten
- Umformulieren
- Extreme einsetzen

- Sich das Gegenteil vorstellen
- Erinnern
- Ehrlichen, engen Augenkontakt halten
- Mehrdeutigkeit
- Klar, sanft und liebevoll sprechen
- Beobachten und spiegeln
- Verbindung des Verhaltens des Betroffenen mit dessen Grundbedürfnis
- Bevorzugtes Sinnesorgan erkennen und benutzen
- Berühren
- Musik einsetzen (vgl. Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 60 ff.)

Nicht jede Technik kann bei jedem Menschen mit Demenz eingesetzt werden. So kann die Technik des Zentrierens auf alle Aufarbeitungsphasen, die Technik des Berührens nur in bestimmten Abschnitten der Aufarbeitung eingesetzt werden (vgl. Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 60). Um die passenden Validationstechniken anzuwenden, sollte man darauf achten, in welcher Phase sich der Betroffene befindet (siehe Anhang).

### **3.1.3. Nutzen der Kommunikationsmethode Validation**

Durch die Anwendung der Kommunikationsmethode Validation kommt es zu Verbesserungen bei Betroffenen. Denn durch Validation ziehen sich demenzkranke Menschen weniger in ihre innere Welt zurück, der Kontakt zu Angehörigen oder anderen Personen wird besser und fällt leichter. Weitere Symptome der Alzheimer-Demenz werden gelindert. Der Mensch mit Demenz erhält durch Validation Anerkennung und wird in seiner Realität wahrgenommen. Dennoch muss Pflegenden und Angehörigen bewusst sein, dass Validation nicht automatisch jeden Demenzkranken



helfen kann, „dass Einsatzmöglichkeiten und Wirkung von Validation begrenzt sind“ (Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S.139).

Auch pflegendes Personal, z.B. in Altenheimen oder Krankenhäusern, können einen Vorteil aus der Validationsmethode schöpfen. Oftmals leiden pflegende Personen unter einer Frustration, welche durch die Kommunikation und den Kontakt mit Menschen mit Demenz entsteht. Feil beschreibt, dass Validation körperliche und seelische Belastungen verarbeiten kann. „Validation kann Frustration vermindern bzw. abbauen, Burnout-Gefühle verhindern, die Freude an Kommunikation entfachen, Zufriedenheit durch die Arbeit bzw. mit ihr erhöhen“ (Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S.141). Anhand einer genannten Studie, welche Feil in ihrer Publikation erwähnt, wird eine Verbesserung der Arbeit durch Validation beschrieben. Dem Personal der Einrichtung wurde die Methode der Validation näher gebracht. Dadurch entstanden ein Verständnis der Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz sowie eine Anerkennung der demenzkranken Person. Dadurch reagierten die Menschen mit Demenz auf eine andere Art auf das Pflegepersonal. Somit wird auch deutlich, dass aus dieser Veränderung ein Vorteil für alle Beteiligten entstand. „Die Station wurde ruhiger, der Arbeitsplatz wurde aufgewertet und das Pflegepersonal begann, sich über die Beziehungen zu den Klienten zu freuen. Maßnahmen zur Ruhigstellung wie etwa beruhigende Medikamente und dergleichen waren immer weniger notwendig, um das Verhalten der Bewohner zu kontrollieren. [...] Das Pflegepersonal fühlte sich nicht mehr so ausgebrannt, dadurch kam es zu einer deutlichen Steigerung in der Qualität der Pflege“ (ebd. 2013, S.142).

Nicht nur Betroffene und Pflegepersonal, auch pflegende Familien von Menschen mit Demenz können Vorteile in der Methode Validation finden. Sie leiden oftmals unter der gleichen Frustration wie Pflegepersonal in Einrichtungen der Altenarbeit. „Familienmitglieder ärgern sich oft über ihre Angehörigen, weil sie sich in einer Weise verhalten, die sie nicht verstehen können“ (Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S.143). Durch Validation wurde den Familienangehörigen die Kommunikation mit ihren demenzerkrankten Angehörigen erleichtert. (vgl. ebd.).

### **3.1.4. Validation bei früh einsetzender Demenz**

In einem weiteren Kapitel beschreibt Feil den Validationsprozess bei Menschen mit einer früh einsetzenden Alzheimer-Demenz. Sie definiert, dass eine früh einsetzende Alzheimer-Demenz bereits mit dem 40. Lebensjahr auftreten kann. Menschen mit früh einsetzender Demenz „wollen ihren Platz weiter ausfüllen, aber sie können es nicht, weil ihre Gehirnstrukturen und ihre Gehirnfunktionen bereits schwer geschädigt sind“ (Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S. 133). Die Symptome einer früh einsetzenden Demenz ähneln denen einer Altersdemenz. Jedoch verläuft die Erkrankung meist schwerwiegender und schneller, als bei hochaltrigen Menschen. Wendet man die Techniken der Validation bei Menschen mit früher Demenz an, ist meist eine kurzzeitige Verbesserung zu erkennen. Jedoch konnte der Betroffene nicht davor bewahrt werden, in die Phase des Vegetierens zu fallen (vgl. ebd. S.134). Auch können nur einige der Validationstechniken bei Menschen mit früher Demenz eingesetzt werden. Dazu zählt die Technik des Spiegels, der Arbeit mit Berührungen und mit Musik (vgl. ebd. S.135 ff.).

### **3.2. Integrative Validation nach Nicole Richard**

Nicole Richard wurde 1957 geboren und arbeitet als Gerontologin. Die Methode der Integrativen Validation (IVA) entwickelte sie von 1992 bis 1997 während einer „fünfjährigen Bundesarbeitsgemeinschaft in Deutschland zwischen Praktikern, Leitungs- und Lehrkräften der Altenhilfe“ (Richard, N. 2012). Sie leitete das Institut für Integrative Validation in Kassel. Seit vielen Jahren war Richard als Weiterbildnerin im Bereich der IVA tätig. Im Jahr 2014 verstarb Nicole Richard. Mithilfe von Thementagen wird die Methode IVA interessierten Personen näher gebracht. Wer die IVA erlernen möchte, hat die Möglichkeit an Grund- und Aufbaukursen teilzunehmen (vgl. ebd.).

Die Methode der IVA ist eine Weiterentwicklung der Validationsmethode nach Feil. Richard beschreibt die IVA als „eine Methode für den Umgang und die Kommunikation mit Menschen mit Demenz, die als Basis und Haltungsbereich für die im Wohnbereich, in Gruppenräumen, bei der

Begleitung und Pflege stattfindenden Kontakt zu verstehen ist“ (Richard, N. 2012). Wie Validation nach Feil, basiert die IVA „auf einer gewährenden und wertschätzenden Grundhaltung“ (ebd.). Die Methodik der IVA arbeitet auf der Grundlage der hirnganischen Abbauprozesse sowie Verlusten und Einbußen aufgrund der Demenzerkrankung. Die Gefühle und Antriebe der Betroffenen werden als Ressourcen genutzt und als gültig und richtungsweisend gesehen. Gleichzeitig werden die Erkrankten in ihren Ressourcen bestätigt. „Es geht um die grundsätzliche Akzeptanz der inneren Erlebniswelt von Menschen mit Demenz und um die weitgehendste Einbindung dieser „Demenz-Normalität“ in den Pflege- und Begleitungsalltag“ (ebd.). Um das zu gewährleisten, müssen extreme Gefühle und Antriebe akzeptiert werden. Dabei sollte der Anwender ein zusätzliches Augenmerk auf die Biografie des Betroffenen legen. Ziele der IVA sind „die Zurückgabe der Ich-Identität und Schaffung nachvollziehbarer Lebensweltkontexte für die Erkrankten“ (ebd.). IVA steht auf vier Säulen. Diese zeigen die Hauptmerkmale der Methode. Die erste Säule ist die wertschätzende Grundhaltung, die zweite die Ressourcenorientiertheit, die dritte die Umgangs- und Kommunikationsweise und die vierte Säule setzt sich aus benachbarten Disziplinen und Themenbereichen, wie z.B. Biografiearbeit, Milieutherapie u.v.m. zusammen (vgl. ebd., S.1).

Ein weiterer Unterschied zur Validation nach Feil ist, dass Richard nicht von einer unbewältigten Lebensaufgabe ausgeht, sondern von Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses und Orientierungslosigkeit des Betroffenen. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch mit Demenz Situationen in der Gegenwart erlebt, welche ihn überfordern. Deshalb orientiert sich die Methode der IVA ausschließlich an der Gegenwart des Betroffenen und nicht an der Vergangenheit. Richard geht auch davon aus, dass alle Menschen, bis auf Schizophrene und Depressive, durch die IVA validiert werden können. Dabei spielt auch das Alter keine Rolle (vgl. Kastner, U.; Löbach, R. 2014, S.163).

Detailliert beschriebene Techniken zur Anwendung von IVA sind in Publikationen nicht zu finden. Dennoch sollten vier Punkte beachtet

werden:

„1. Gefühle und Antriebe des demenzkranken Menschen wahrnehmen und erspüren, 2. Validieren der Gefühle und Antriebe, d.h. annehmen, akzeptieren und wertschätzen (persönliches Echo geben), 3. Allgemein validieren, d.h. durch allgemeinen Sprachgebrauch- Sprichwörter, Lieder, Gebete- bestätigen (generelles Echo geben), 4. Validieren von Sätzen auf dem Lebensthema- Beruf, Hobby- und Einbindung von türöffnenden Schlüsselwörtern (biografisches Echo geben)“ (Kastner, U., Löbach, R. 2014, S. 163).

Das persönliche Anliegen von Richard, die Methode der IVA den Menschen näher zu bringen, ist, „dass eine angemessene gefühlsorientierte Haltung und Kommunikationsform eine unerlässliche Basis für die Arbeit mit demenzerkrankten Personen ist und dass das Prinzip Kommunikation vor Pflegehandlung, Kontakt vor Funktion Ausgangspunkt für die Begleitung und Pflege sein müssen“ (Richard, N. 2012).

### **3.3. Kritische Betrachtung**

In einigen Publikationen ist Kritik zur Validationsmethode nach Feil zu finden. Auf einige möchte ich in diesem Abschnitt eingehen. Gleichzeitig möchte ich kritisch betrachten, inwieweit die Methode der Validation im Umgang mit alten desorientierten Menschen einzusetzen ist.

Ein Kritikpunkt aus Sicht der Medizin ist, dass Feil bereits medizinisch gesicherte Erkenntnisse übergeht. Feil ist der Meinung, dass eine Alzheimer-Demenz durch eine unbewältigte Lebensaufgabe ansteht und lässt hirnorganische Theorien außen vor (vgl. Bayer, J. 2011, S.35).

Auch existieren nur wenige aktuelle Studien, welche die Wirksamkeit von Validation bestätigen. Eine aussagekräftige Studie wurde 2004 vom Diplom-Pädagogen Andre Günther unter dem Titel „Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines TERTIANUM ZfP Validations-Anwenderseminar“ veröffentlicht. Bestandteil dieser Studie war eine 16-monatige Befragung von den Teilnehmern des Validations-Anwender-Seminars. Diese haben über ihre Erwartungen und

Erfolge bei der Anwendung von Validation berichtet. Dabei wurde deutlich, dass sich die „validierende Grundhaltung insgesamt positiv auf das Pflegebeziehungsverhältnis auswirkt“ (Günther, A. 2011). Die Validation „hilft bei der Bewältigung vieler Probleme [...], z.B. Weglauftendenz oder Aggressionen“ (ebd.). Weiterhin veränderte sich die Gesamtpflegesituation zum Positiven (vgl. ebd.). Zusammenfassend kann man sagen: „Die Validationsanwendung hilft dem Pflegenden und den dementiell erkrankten Menschen zu einer insgesamt wesentlich zufriedenstellenderen Pflegesituation“ (ebd.). Zusätzlich wird von einem „hohen Praxiswert“ durch die „Weiterentwicklung der Validation nach Kursende“ berichtet (ebd.).

Im Gegenzug zu der benannten Studie führte Bernd Meyer für seine Publikation „Philosophische Grundlagen in Konzepten zur Begleitung dementiell erkrankter Menschen in der stationären und ambulanten Pflege“ eine Befragung unter Weiterbildungsteilnehmerinnen eines Validationskurses durch. Diese wurden dazu befragt, die Hauptaspekte der Validation aufzuzählen. Dabei wurden drei Aspekte besonders betont: eine empathische Grundhaltung, die Berücksichtigung der Gefühle des Demenzerkrankten sowie dessen Wertschätzung (vgl. Meyer, B. 2008, S. 102 ff.). „Relevant und als praktisch brauchbar bleibt das in der Praxis zurück, was in zwischenmenschlichen Beziehungen selbstverständlich sein sollte“ (ebd., S. 203).

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass oftmals mangelnde Interesse an der Methode der Validation. Dabei ist gleichgestellt, ob die Desinteresse durch die Pflegeperson persönlich entsteht oder durch vorhandenen Zeitdruck während der Pflege. Auch durch die „Unbekanntheit“ der Validationsmethode, da in dieser Hinsicht, meiner Meinung nach, eine mangelnde Aufklärung des Personals stattfindet, trägt negativ dazu bei.

Trotz der Kritik bin ich der Meinung, dass die Kommunikationsmethode Validation nach Feil eine bewährte Methode im Umgang mit alten, desorientierten Menschen darstellt. Sie beschreibt einen liebevollen, bedürfnisorientierten Umgang mit Demenzerkrankten. Dennoch sollte immer beachtet werden, dass die Methode individuell eingesetzt werden

muss und nicht bei jeden Menschen mit Demenz eine positive Wirkung zeigt.

„Natürlich hilft Validation nicht automatisch allen desorientierten alten Menschen, und Betreuende sollten stets daran denken, dass Einsatzmöglichkeiten und Wirkung von Validation begrenzt sind“ (Feil, N., de Klerk-Rubin, V. 2013, S.139).

#### **4. Mäeutik - eine weitere Kommunikationsform im Umgang mit alten desorientierten Menschen**

Um eine weitere Kommunikationsmethode im Umgang mit alten desorientierten Menschen, neben der Validation, zu erläutern und kritisch zu betrachten, möchte ich im diesem Teil dieser Arbeit auf die Methode der Mäeutik und der damit in Verbindung stehenden Konzept der erlebensorientierten Pflege eingehen. Des Weiteren möchte ich das mäeutische Pflege- und Betreuungskonzept im Zusammenhang mit der Methode der Mäeutik vorstellen.

Mäeutisch bedeutet „befreiend“ oder „erlösend“ und wurde erstmals von Sokrates (469 v.Chr. – 399 v.Chr.) verwendet (vgl. IMOZ 2015).

Mäeutik entstand, um Pflegenden mittels gezielter Fragen positive berufliche Erfahrungen bewusst zu machen. Mit Hilfe von Mäeutik sollen „vorhandene, aber „schlummernde“ Erkenntnisse „hervorgeholt“ werden“ (IMOZ 2015). Wie bei der Kommunikationsmethode nach Feil und Richard ist auch bei der Methode der Mäeutik eine Empathie von großer Bedeutung, da ein Demenzerkrankter erkennt, wer ihm gegenüber empathisch auftritt (vgl. ebd.). Die Pflegekraft muss empathisch reagieren können. „Empathisches Reagieren bedeutet, dass die Pflegenden sich in den/die Klient/en/in hineinversetzt, Gefühle wie Angst, Trauer, Kummer bewusst wahrnimmt und imstande ist, darauf einfühlsam zu reagieren“ (ebd.). Empathisches Reagieren führt zu Kontakt. Dadurch fühlen sich sowohl Pflegende als auch der zu Pflegende gesehen, verstanden und geschätzt (vgl. IMOZ). Diesem Kontakt nimmt sich auch die Methode der Validation zur Hilfe. Doch oftmals geht die Empathie durch Zeitdruck innerhalb der Pflege verloren (vgl. ebd.).

Damit die Methode der Mäeutik in den Pflegeeinrichtungen verbreitet wird, wurde das Institut für mäeutische Entwicklung der Pflegepraxis (IMOZ) gegründet. Die Mission des IMOZ ist eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung des Talents der Pflegenden (vgl. ebd.). Gleichzeitig müssen „ihr Erfahrungsgebiet und die Entwicklung von Fachkenntnissen und

Methoden [...] offengelegt und strukturell erfasst werden, um den so entwickelten Wissensfundus praktisch implementieren zu können“ (ebd.).

#### **4.1. Erlebensorientierte Pflege**

„Dieses Modell basiert auf zwei Erlebenswelten: der des Bewohners und der des Mitarbeiters. Zu beiden Erlebenswelten liegen auf Erfahrung und Forschung basierende Einsichten und Kenntnisse vor. Die „erlebensorientierte Pflege“ integriert inhaltliche Werte, das Fachwissen, die kommunikativen Fertigkeiten und erlebensorientierten Konzepte. Die Pflegenden werden gezielt darin geschult, Kontakte und Beziehungen bewusst zu erfahren und als wesentlichen Teil ihrer Arbeit wertzuschätzen. Erlebensorientiert pflegen heißt: sich einfühlen, sich in die Erlebenswelt des Bewohners hineinversetzen und dementsprechend reagieren. Der Kern der erlebensorientierten Pflege ist das Herstellen von Kontakt. Wirklicher Kontakt hat eine gefühlsmäßige Ladung und löst eine Wechselwirkung aus, die sowohl der Bewohner als auch die Pflegekraft als angenehm erfährt“ (IMOZ 2015).

Bei der erlebensorientierten Pflege kommt es auf das Gefühl der Pflegekraft an. Dabei entscheidet sie, wann der passende Zeitpunkt gekommen ist, um sich mit dem Patienten auf dessen Gefühle einzulassen oder diese zu begrenzen (vgl. IMOZ 2015). „Die große Kunst dabei ist, den Bewohner nicht zu „verlieren“, wenn er in seine eigene Welt eintaucht, sondern mit ihm in Kontakt zu bleiben“ (ebd.).

Doch dabei sollte stets darauf geachtet werden, „erlebensorientierte Pflege heißt nicht nur „sich einleben“ und „mitmenschlich (validierend) reagieren“, sondern auch: Erleben ermöglichen. Bewohner brauchen eine lebendige Mitte und [...] sinngebende Aktivitäten, entweder passiv oder aktiv“ (IMOZ 2015).

#### **4.2. Das mäeutische Pflege- und Betreuungskonzept**

Der Pflegeprozess in der Mäeutik „ist die Begleitung der Bewohner/Innen bzw. der Patienten in ihrem Prozess von Krankheit, Heilung oder Verlusten“ (IMOZ 2015). Dabei sollte ein situationsbedingtes und



prozessbedingtes Pflegehandeln angestrebt werden (vgl. ebd.). Mäeutik soll bewusst Einfluss auf die Pflege, dessen Prozess und das Team der Pflegenden nehmen (vgl. ebd.).

Durch das mäeutische Pflegekonzept sollen Pflegekräfte dazu angeregt werden, „erlebensorientiert zu beobachten, Informationen aus der Lebensgeschichte zu filtern und sich als der Momente und Situationen bewusst werden, in denen es gelungen ist, eine positive Wechselwirkung mit einem Bewohner zustande zu bringen“ (IMOZ 2015). Dadurch erhalten sie einen gezielten Einblick „in die Bedürfnisse des Bewohners und darin, wie man mit ihm umgehen könnte“ (ebd.). „Der Pflegeprozess richtet sich somit nicht so sehr an Problemen aus, sondern viel mehr an positiven Kontaktmomenten, an alltäglichen Bedürfnissen und an Sinnggebung“ (ebd.).

Das mäeutische Pflege- und Betreuungskonzept bedient sich an fünf Instrumenten. Mit Hilfe von verschiedenen Leitfragen können die Instrumente im Pflegeprozess angewandt werden. Die folgenden Instrumente beziehen sich auf einen stationären Pflegeaufenthalt.

#### 1. Erlebensorientierte Beobachtungsbogen

Welche Verhaltensweisen hat die Person?, Wie sind Empfindungen?, Wie interagiert die Person?

#### 2. Lebensgeschichte

Was hat die Person in ihrem Leben erlebt?, Welche großen Ereignisse haben die Person geprägt?

#### 3. Charakteristik/Persönlichkeit

Was für ein Mensch ist die Person?, Welche Bedürfnisse hat die Person?, Warum hat sie diese Bedürfnisse?

#### 4. Eingewöhnungsliste

Hat sich die Person eingelebt?, Hat sich die Person an die neue Umgebung gewöhnt/ an Situation angepasst?

## 5. Pflege- und Betreuungsübersicht

Welche tägliche Versorgung braucht die Person? (vgl. IMOZ 2015)

Zu den genannten Instrumenten kommen jedoch noch Punkte dazu, welche ebenfalls eine große Beachtung in der stationären sowie der Pflege durch Angehörigen finden sollten. Dazu zählen unter anderem eine „erlebensorientierte Klientenkonferenz“ (vgl. Hille, M. 2015). Dabei soll dem Demenzerkrankten durch Stimulationen ermöglicht werden, „sich fallen zu lassen.“ Dadurch kann es zu einer „Überschneidung von mehreren Erlebnissräumen“ kommen (vgl.ebd.). Des Weiteren ist eine interdisziplinäre Beratung notwendig. Damit sind Gespräche mit Ärzten oder Therapeuten gemeint (vgl.ebd.).

Während der Recherche zum Thema Mäeutik wird immer wieder das Klima innerhalb des Teams der Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung betont. Auch in der Publikation vom IMOZ liegt der Fokus darauf, dass ein vertrauensvoller Austausch innerhalb des Teams stattfindet muss (vgl. IMOZ). Des Weiteren soll die Beziehung zwischen Bewohner und Pflegekraft zwar auf einer emotionalen Basis stattfinden, jedoch sollte die Pflegekraft in der Lage sein, Berufliches und Privates voneinander zu trennen und ihren Bewohner „abgeben“ bzw. „loslassen“ zu können. Dazu ist eine stets fachliche Arbeitsweise notwendig (vgl. ebd.).

Unter dem ganzen aufgezählten Material zum mäeutischen Pflege- und Betreuungskonzept findet man zusammenfassend die drei Punkte der Philosophie des Modells. Dazu zählen eine bewusste Pflege und Betreuung, ein kollektiver Austausch und Handeln sowie ein bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung (vgl. IMOZ 2015).

### 4.3. Kritische Betrachtung

Die Methode der Mäeutik ist, meiner Meinung nach, eine weitere geeignete Kommunikationsmethode im Umgang mit alten desorientierten Menschen. Durch die erlebensorientierte Pflege und das mäeutische Pflege- und Behandlungskonzept wird auf die Bedürfnisse der

Demenzkranken eingegangen. Dabei kann das Menschliche mit dem Nützlichen verbunden werden. Damit meine ich, dass während des alltäglichen Pflegebedarfs der Person gleichzeitig dessen menschlichen Bedürfnisse Beachtung finden und versucht wird, diese zu stillen.

Das IMOZ selbst hat eine Perspektive für das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell verfasst, welche meiner Meinung nach den heutigen Stand des Modells beschreibt: „Das Mäeutische Pflege- und Betreuungskonzept mag wohl idealistisch anmuten, dennoch ist es durchaus möglich, nach diesem Modell zu arbeiten. Ein wesentlicher Ausgangspunkt ist hier eine gemeinsame Sichtweise, was die Werte in der Pflege betrifft sowie eine prozessbewusste Implementierung“ (IMOZ 2015).

Ein Kritikpunkt ist, dass die benutzte Literatur meist nur über eine Anwendung des mäeutischen Pflege- und Behandlungsmodells im stationären Pflegebereich Auskunft gibt. Doch demenzerkrankte Menschen finden sich in weiteren Bereichen der Pflege wieder. Dazu zählt z.B. ein Krankenhaus. Doch zu dieser Problematik äußerte sich die IMOZ folgendermaßen:

„Das mäeutische Pflege und Behandlungsmodell ist in Zusammenhang mit Altersfürsorge und der Fürsorge für chronisch erkrankte Menschen entwickelt worden, hat aber auch in der Pflege, die in Krankenhäusern stattfindet, etwas zu sagen und selbstverständlich ist es dort auch anwendbar. Denn gerade auch dort können Patient/Innen voller Angst und Verzweiflung sein. Und auch sie brauchen Pflegenden, die imstande sind, bewusst empathisch reagieren zu können“ (IMOZ 2015).

Gleichzeitig wird der Pflege in der Häuslichkeit keine Beachtung geschenkt. Dort ist es genauso anwendbar wie im stationären Bereich und würde eine einfühlsame Betreuung des Demenzerkrankten ermöglichen.

Bei dieser Methode ist zu erkennen, dass die Beziehung zwischen zu Pflegendem und Pflegenden positiv gestaltet werden soll. Leider ist der Literatur nicht zu entnehmen, welche positiven Aspekte für Angehörige aus der Methode hervorgehen.

## **5. Schlussfolgerung und Bedeutung für die Soziale Arbeit**

In diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit möchte ich nun verdeutlichen, wie und ob die Methode der Validation in der Sozialen Arbeit Anwendung finden kann. Gleichzeitig möchte ich aufzeigen, welche Bedeutung die Soziale Arbeit für die Altenarbeit hat bzw. haben könnte.

Die Kommunikationsmethode Validation ist, wie bereits beschrieben, eine Methode, um mit Demenzerkrankten in den verschiedensten Demenzstadien Kontakt aufzunehmen bzw. in Kontakt zu bleiben. Dadurch kann man die Bedürfnisse der demenzerkrankten Menschen erkennen und stillen. Durch diese Eigenschaft bin ich der Meinung, dass Validation eine Methode ist, welche sich für die Soziale Arbeit sehr gut eignet. Man erreicht den Menschen trotz der Demenzerkrankung und kann ihm so zur Seite stehen und behilflich sein.

Anhand von beschriebenen Studien erkennt man zwar, dass Validation einen positiven Effekt, sowohl auf Menschen mit Demenz sowie auch auf Pflegekräfte hat. Jedoch ist den Studien nicht zu entnehmen, in welchem Arbeitsfeld die Studien angewandt werden bzw. wurden. Da die Rede von Pflegekräften ist, lässt sich somit schlussfolgern, dass Validation zwar in der Altenpflege teilweise positive Zustimmungen und Veränderungen mit sich bringt, jedoch nicht, inwieweit Validation in der Sozialen Arbeit einen solchen Prozess bewirken kann. Anhand von einer wissenschaftlichen Befragung, könnte dieser Prozess in der Sozialen Arbeit erforscht werden.

Auch durch gezielte Aufklärung des Personals kann die Methode der Validation ein Bestandteil der Sozialen Arbeit werden.

Nun stellt sich die Frage, inwieweit Soziale Arbeit in die Altenarbeit integriert ist. Um diese Fragestellung zu beantworten, wollte ich im Rahmen dieser Bachelorarbeit, eine stichprobenartige Befragung durchführen. Mithilfe von E-Mails an verschiedene Altenpflegeeinrichtungen im Raum Mitteldeutschland wollte ich eine nichtwissenschaftliche Antwort erhalten. Innerhalb dieser Befragung stellte ich drei Fragen. Leider kam nur eine Antwort von einem Leipziger Altenpflegeheim. Die Antwort auf die Frage, ob Sozialarbeiter innerhalb

der Einrichtung tätig sind, wurde verneint. „Bei uns sind im Moment keine Sozialarbeiter tätig. Insgesamt ist dies in Ostdeutschland sehr untypisch – meist sind Ergotherapeuten im begl. Dienst bzw. der sozialen Betreuung als fachliche Leitung angestellt“ (anonym). Außer dieser Antwort lässt sich zwar keine wissenschaftliche Perspektive ziehen, jedoch macht es deutlich, dass die Soziale Arbeit in den meisten Altenpflegeeinrichtungen noch keine Verortung gefunden hat und die Aufgaben eines Sozialarbeiters meist von einer arbeitsfeldfernen Fachkraft ausgeführt wird.

Auf die Frage, ob Validation innerhalb der Einrichtung angewandt wird, kam eine positivere Antwort. Man sprach davon, dass die Pflegekräfte Schulungen zur Methode der Validation erhalten. Jedoch wurde nicht deutlich gemacht, dass die Methode Anwendung findet, sondern nur, dass es viel „Erfahrung und Empathie benötigt, um Validation anzuwenden“ (anonym).

Doch wie kann sich Soziale Arbeit in der Altenarbeit verorten? Soziale Arbeit und Alter ist ein Thema, welches in der Gesellschaft und in der Politik sowie in der Sozialen Arbeit kaum einen Diskussionsraum bietet. Dabei wäre nun die Aufgabe Alter zu entstigmatisieren und Alter bzw. Demenz zum Basis- bzw. Querschnittsthema zu machen. Die Diskussion über die Profession der Sozialen Arbeit führt man nun schon seit Jahren. Auch das macht deutlich, dass Soziale Arbeit noch keine professionelle Anerkennung im Bereich der Altenarbeit gefunden hat. Um dieses Problem zu beseitigen, müsste Soziale Arbeit die Chance erhalten, sich zu etablieren. Mithilfe von mehr Anerkennung innerhalb der Gesellschaft und der Verdeutlichung bzw. einer Aufklärung, welchen Umfang Soziale Arbeit abdeckt, könnte man einen Schritt in diese Richtung machen.

Welchen Wert hat die Soziale Arbeit für die Altenpflege? Oftmals hört man, dass Soziale Arbeit Hilfe zur Selbsthilfe bietet. Diese Unterstützung ist bei zeitlich orientierten Menschen möglich, doch kann man auch Hilfe zur Selbsthilfe bei dementiell erkrankten Menschen verfolgen? Bei demenzerkrankten Menschen steht eine Betreuung während der Erkrankung im Vordergrund. Beratung und Begleitung sind die

Hauptaufgaben während des Prozesses der Demenzerkrankung. Gleichzeitig gehört eine Beratung und Begleitung der Angehörigen bzw. der pflegenden Person dazu. Ein stressfreies Leben und ein zufriedenes Sterben sollten im Vordergrund der Sozialen Arbeit bei der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen stehen (vgl. Woog, A. 2006, S. 46).

Soziale Arbeit in der Altenpflege kann dazu beitragen, dem erhöhten Pflege- bzw. Betreuungsbedarf gerecht zu werden. Gleichzeitig kann sie zu einem besseren Verständnis für die Situation des dementiell erkrankten Menschen beitragen. Des weiteren kann der Sozialarbeiter die Pflegekräfte in stationären Einrichtungen entlasten. Durch Abnehmen von zusätzlichen Betreuungsaufgaben, z.B. einer Biografiearbeit, und dem Aufbauen eines intensiven Kontakts durch den Sozialarbeiter zum Demenzerkrankten, da dieser oftmals unter dem enormen Zeitdruck der Pflegekräfte verloren geht, kann der Sozialarbeiter zu einem positiven Arbeitsklima beitragen und die Pflegekräfte entlasten.

Eine weitere Aufgabe, welche die Soziale Arbeit abdecken kann, ist die Angehörigenarbeit. Im heimischen Bereich kann der Sozialarbeiter bei der Beantragung von Geldern oder Behördengängen behilflich sein. Er kann den Angehörigen in der neuen Situation mit einer Demenzerkrankung zur Seite stehen und Verständnis für den Demenzerkrankten vermitteln. Auch im stationären Bereich stehen die Angehörigen vor einer neuen Aufgabe. Bereits bei dem geplanten Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung kann der Sozialarbeiter den Angehörigen zur Seite stehen und z.B. bei der Beantragung eines Altenpflegeplatzes oder behördlichen Gängen behilflich sein. Weitere Aufgaben für einen Sozialarbeiter innerhalb einer Altenpflegeeinrichtung können Öffentlichkeitsarbeit, Vermittlung zwischen Angehörigen und Pflegekräften oder weitere Methodenanwendung sein.

Diese Aufgabenvielfalt, welche zusätzlich zum alltäglichen Pflegebedarf abgearbeitet werden muss, könnte vollständig, in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal oder Angehörigen, von einem Sozialarbeiter übernommen werden. Das hätte zur Folge, dass die Pflegekräfte bzw. die Angehörigen eine enorme Druckentlastung hätten. Durch gezielte

Interventionen kann der Sozialarbeiter zu einer gezielten Verbesserung innerhalb des Pflegealltages führen.

Durch die Vielfalt der Aufgaben, welche ein Sozialarbeiter in der Altenarbeit abdecken kann, lässt sich rechtfertigen, dass die Soziale Arbeit ein fester Bestandteil in der Altenpflege werden müsste. Ich bin der Meinung, dass in jeder Altenpflegeeinrichtung mindestens ein Sozialarbeiter eingestellt werden sollte.

Ein letzter Punkt soll nun die gesellschaftliche Perspektive der dementiell erkrankten Menschen sein. Ich möchte aufzeigen, wie sich das Bild der Demenz positiv verändern kann.

Demenz wird in der Gesellschaft als Krankheit und kognitive Störung angesehen. Jedoch sollte Demenz als eine Möglichkeit des Alterns angesehen werden (vgl. Wißmann, Gronemeyer 2008, S. 73 ff.). Wißmann und Gronemeyer wollen so der Pathologisierung entgegenwirken und den Demenzerkrankten als „soziales und leiblich-geistiges Wesen“ verstanden sehen (vgl. ebd.). Gleichzeitig wollen sie ein Umdenken in der Medizin und Forschung erzielen, damit sich ein „universeller Blick auf die Demenz“ entwickelt (vgl. ebd.).

Ich bin der Meinung, dass die Erkrankung Demenz innerhalb der Gesellschaft immer noch „tot geschwiegen“ wird. In den letzten Jahren hat sich aus der Sicht der Aufklärung viel getan. Vor allem das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche (BMFSFJ) fügt durch die vielen Altenberichte und der damit verbundenen Verdeutlichung der Lage von alten und hochaltrigen Menschen einen großen Teil dazu bei. Auch verschiedene Demenzvereine wollen mithilfe von Informationsveranstaltungen oder Broschüren über die Erkrankung Demenz aufklären. Doch herrscht nach wie vor eine niedrige Aufklärungsquote innerhalb der Gesellschaft. Meist informiert man sich erst dann über Demenz, wenn man selbst oder ein Angehöriger davon betroffen ist.

Demenz sollte nicht tabuisiert oder verharmlost werden, sondern als ein spezieller Lebensabschnitt gesehen werden (vgl. Wißmann, Gronemeyer

2008, S.77). Um den demenzerkrankten Menschen eine stressfreie und vor allem ungefährliche Zeit zu ermöglichen, sollte eine allgemeine Aufklärung stattfinden. Ich bin der Meinung, dass ich mithilfe dieser Bachelorarbeit einen Schritt in diese Richtung gehe. Gleichzeitig sollten Lebens- und Gesellschaftsräume so angepasst werden, dass dementiell erkrankte Menschen ihr gewohntes Leben weiterführen und bei Bedarf ihre Bedürfnisse stillen können. Das soll jedoch nicht nur in Pflegeeinrichtungen, z.B. durch Erinnerungsräume, oder in Wohnraum des Demenzerkrankten geschehen, sondern ein Bestandteil von alltäglichen Räumen, z.B. Supermarkt, werden.

Ich hoffe, dass ich mithilfe dieser Arbeit, einen Teil zu den Veränderungen angesichts des gesellschaftlichen Lebens mit Demenz beitragen kann. Um noch einmal zu verdeutlichen, welche Bedeutung der Mensch hinter der Demenzerkrankung hat, möchte ich zum Abschluss dieser Arbeit, die Worte von Mathilde Tepper zitieren.

### ***Was bleibt***

*„Vergessen, Verwirrung, Veränderung,  
Was bleibt ist ein Mensch!*

*Angst, Aggression, Anstrengung,  
Was bleibt ist ein Mensch!*

*Unsicherheit, Hilflosigkeit, Herausforderung.  
Was bleibt ist ein Mensch!*

*Mit Sehnsucht und Liebe,  
Freude und Leid,  
Bedürfnissen nach  
Zuwendung und Geborgenheit.  
Was bleibt ist ein Mensch. Immer!“*

*Mathilde Tepper*